



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

JAMILLY CRISTINY DE OLIVEIRA GONZAGA

**ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO SUS: UMA
REVISÃO CRÍTICA**

João Pessoa – PB
2017

JAMILLY CRISTINY DE OLIVEIRA GONZAGA

ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO SUS: UMA REVISÃO CRÍTICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia, do
Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal
da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do
título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Rossana Maria Souto Maior
Serrano

João Pessoa – PB
2017

G642a Gonzaga, Jamilly Cristiny de Oliveira.

Acolhimento na percepção do usuário do SUS: uma revisão crítica / Jamilly
Cristiny de Oliveira Gonzaga. - - João Pessoa, 2017.

66f. : il. -

Orientadora: Rossana Maria Souto Maior Serrano.
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Humanização da assistência. 2. Acolhimento. 3. Sistema Único de Saúde.

BS/CCS/UFPB

CDU: 364.2:61(043.2)

JAMILLY CRISTINY DE OLIVEIRA GONZAGA

ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO SUS: UMA REVISÃO CRÍTICA

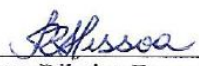
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia, do
Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal
da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do
título de Bacharel em Farmácia.

Aprovado em 13/06/2017

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Rossana Maria Souto Maier Serrano – ORIENTADORA
Universidade Federal da Paraíba – UFPB


Prof. Dr. Ernani Vieira de Vasconcelos Filho – EXAMINADOR
Universidade Federal da Paraíba – UFPB


Prof. Dra. Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa – EXAMINADORA
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

AGRADECIMENTOS

Antes que se inicie essas longas páginas, é meu dever agradecer aos coautores dessa proeza.

*Inicialmente agradeço aos meus familiares que sempre me incentivaram a progredir, minha querida mãe **Francisca** em especial, grande responsável pela minha permanência nesse percurso, ao meu pai **Joca** que além de enorme contribuição financeira que me manteve até então, nunca duvidou do meu potencial. Meus tão amados irmãos **Joálisson** e **Jardênya** pelos quais sempre quis ser exemplo, e sonhei comemorar essa vitória juntos. Minha eterna vó **Maria Joana** que me carregou de amor e alegria nas férias e finais de semana, e essa energia me mantinha em meus dias difíceis.*

*Meus amigos, colegas de curso e conhecidos que na convivência passaram a fazer parte da família da universidade, e apesar de nem todos permanecerem ainda comigo, serão sempre lembrados. Em especial ao **Refugos**, grupo que majoritariamente me acompanhou, nas pessoas de Marjorie, Larisse, Mathania e Arthur, principalmente. Um carinho e amizade gratuita, que nunca esquecerei.*

*Aos profissionais que convivi, que me incentivaram e estimularam minha busca pelo conhecimento, muito obrigada. Em especial a orientadora **Rossana**, que acreditou e possibilitou esse trabalho.*

*Não poderia deixar de agradecer, ao meu companheiro amado **Emí**, que sentiu comigo as dores do parto desse TCC, dessa conclusão de curso, dessa fase em minha vida, minha eterna gratidão por permanecer ainda no sofrimento, me dando amor*

mesmo quando não pude dar o mesmo, além de toda atenção, disposição, massagem e comida nas horas que mais precisei. E por me presentear com uma sua família que igualmente cuidou de mim.

*A toda **espiritualidade** amiga, ao divino que nunca me desamparou e que sei que fielmente me ajudou através de todas essas pessoas e muito além delas.*

Gratidão !

*Dedico este trabalho minha amada mãe Francisca,
que foi firme e me sustentou no período que mais
quís desistir. Dividi com você minhas lágrimas e
hoje divido a felicidade dessa conquista.*

*“Se você encontrar um caminho sem obstáculos, provavelmente ele
não leva a lugar nenhum.”*

Frank A Clark

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi umas das maiores conquistas sociais para todo cidadão brasileiro, que passou a ter sua saúde como direito e colocou o Estado com dever de prover políticas econômicas que a garantam. Em resposta às situações de fragmentação e verticalização dos serviços, ao despreparo de equipes para lidar com as dimensões sociais e ao baixo investimento em qualificação, buscando uma resposta à crise do SUS, surgiu em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH). Uma de suas diretrizes, o acolhimento, propõe a presença de aspectos importantes para humanização do SUS: diálogo, escuta e envolvimento com a queixa do outro. Para identificar, a partir da percepção do usuário descrita na literatura, se o acolhimento implantado na rede SUS tem sido realizado, tomou-se por base estudos publicados no período 2003-2016, que retratassem esse tipo de experiência. Observou-se que o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos serviços de saúde, que ainda existe um distanciamento entre a teoria e a prática. Para que essa lacuna diminua, os serviços precisam implementar um espaço físico acolhedor, realizar treinamento de trabalhadores a fim de humanizar a atenção e promover atividades transversais de acolhimento.

Palavras-chave: Humanização da assistência, Acolhimento, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) for one of the greatest social achievements for every Brazilian citizen, who passed with his health as a right and placed the State with a duty to provide economic policies that guarantee it. In response to situations of fragmentation and verticalization of services, unprepared equipment to deal with social dimensions and low investment in qualification, seeks a response to the SUS crisis, involves in 2003 the National Humanization Policy (PNH). One of its guidelines, the reception, proposes a presence of important important for the humanization of SUS: dialogue, listening and involvement with the other's complaint. To identify, from the user's perception, the description of the perception of the network, the process of dissemination of the network. It was observed that the reception process is not yet fully systematized our health services, that there is still a gap between a theory and a practice. Para que essa lacuna diminua, os serviços e implementação de um espaço físico acolhedor, realize treinamento de trabalhadores para fim de humanizar uma atenção e promoção de atividades transversais de acolhimento.

Keywords: Humanization of care, Reception, Health Unic System

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS: Sistema Único de Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

PNHAH: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

GTH: Grupo de Trabalho de Humanização

CTH: Câmara Técnica de Humanização

PFST: Programa de Formação em Saúde do Trabalhador

CAP: Comunidade Ampliada de Pesquisa

AB: Atenção Básica

APS: Atenção Primária à Saúde

ESF: Equipe de saúde à família

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

LILACS: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

SciELO: Scientific Electronic Library Online

MEDLINE: Literatura Internacional em Ciências da Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Fluxograma de seleção de artigos que enfocam o acolhimento na rede sus com relato de usuários entre 2003 e 2016.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Título, autor principal e ano de artigos sobre acolhimento na percepção do usuário entre 2003 e 2016.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 — Distribuição de artigos sobre acolhimento na visão do usuário por ano de publicação.

Gráfico 2 — Produção de artigos sobre acolhimento na visão do usuário por região brasileira entre 2003 e 2016 em porcentagem

Gráfico 3 — Produção de artigos sobre acolhimento na visão do usuário por estado brasileiro entre 2003 e 2016.

Gráfico 4 — Natureza do estudos publicados sobre acolhimento na visão do usuário entre 2003 e 2016 em porcentagem.

Gráfico 5 — Serviço público de saúde em níveis de atenção envolvidos em artigos sobre acolhimento na visão do usuário entre 2003 e 2016 em porcentagem.

Gráfico 6 — Evolução da presença e ausência de elementos sobre o acolhimento descritos na literatura a partir da perspectiva dos usuários entre 2003 e 2016

.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS.....	18
2.1. OBJETIVO GERAL	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1. HUMANIZAÇÃO DO SUS	19
3.2. ACOLHIMENTO NO SUS	25
3.3. PROFISSIONAIS NA HUMANIZAÇÃO DO SUS	36
4. METODOLOGIA	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
7. REFERÊNCIAS	55

1. INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a saúde passa a ser direito de todo cidadão brasileiro, sendo dever do Estado prover políticas econômicas e sociais que visem a redução dos riscos de adoecer (BRASIL, 1988).

Especificamente, relacionado às ações e serviços, estas devem ser garantidas por meio de políticas de promoção, proteção e recuperação, com participação da sociedade civil organizada nas decisões e na implementação das ações (BRASIL, 1988).

Algumas estratégias e políticas vêm sendo formuladas e implantadas, em busca de mudanças que melhorem as condições de saúde da população, de forma a viabilizar a universalidade do acesso aos serviços de saúde bem como os outros princípios que regem o SUS. A Política Nacional de Humanização (PNH) configura-se como uma destas políticas, pois uma de suas prioridades é a busca pela redução das filas e do tempo de espera, por meio da ampliação do acesso e de um atendimento acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2004).

Entendida como uma estratégia de fortalecimento do sistema público de saúde, a PHN tem o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil.

Destacamos, então, os princípios norteadores da política de humanização: Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004)

Diante dos obstáculos de ordem ética, política, e financeira da organização do sistema de saúde, faz-se necessário o debate sobre a humanização, questionando o modelo tecnoassistencial e a qualidade da atenção. Nesse sentido, a PNH visa efetivar-se nas práticas de saúde, juntamente com os princípios do SUS, compondo uma política comprometida com os modos de fazer e operar os processos efetivos de transformações e criações de realidades em saúde (BENEVIDES, 2005).

A causa básica dos debates e da criação do PNHAH e da PNH foi o diagnóstico de insatisfação dos usuários no concernente ao relacionamento com os profissionais de saúde. A PNH foi criada em resposta às situações de fragmentação e verticalização dos serviços, ao despreparo de equipes para lidar com as dimensões sociais e subjetivas nas práticas de trabalho, ao baixo investimento em qualificação e constituiu-se como uma busca de resposta à crise do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

Para Mishima et al. (2003), as necessidades são gestadas nas relações sociais, portanto, são diferentes ao longo do tempo. Podemos dizer que os serviços de saúde criam e atendem a necessidades. Compreendemos ainda que o acolhimento é um processo dinâmico, inacabado, nunca está totalmente pronto. Portanto se faz necessário que haja um processo de avaliação e reorientação permanente. Assim, nesta trajetória de implantação do acolhimento, alguns questionamentos emergem. Como é realizado o acolhimento nesta unidade? Que mudanças ocorreram no atendimento dos usuários desse serviço de saúde? O que pensam esses usuários sobre o acolhimento implantado. O acolhimento implica uma reformulação da relação entre os profissionais e os usuários. Estes são percebidos por aqueles não somente como um indivíduo isolado do seu contexto, mas considerando-se as suas dimensões socio-cultural, ambiental e histórica (PANIZZII; FRANCO, 2004).

A PNH invoca o conceito-chave “humanizar”, e tanto o Ministério da Saúde como a Organização Mundial de Saúde passaram a apoiar modelos de assistência baseados na humanização.

A humanização perpassa os processos de trabalho e os atores envolvidos. Para que isso aconteça, é necessário que sejam utilizados vários dispositivos na produção de saúde a exemplo dos grupos de trabalho de humanização, colegiado gestor, ouvidorias, acolhimento com classificação de risco, entre outros (BRASIL, 2008). A implementação desses dispositivos exige o comprometimento de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde. O presente estudo teve por objetivo analisar as práticas de acolhimento no sistema de saúde brasileiro do Brasil através de registros da literatura na percepção do usuário.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar, a partir da percepção do usuário descrita na literatura, o acolhimento implantado na rede SUS, no decorrer dos anos de 2003 a 2016;

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e quantificar, em periódicos nacionais, a produção de artigos sobre acolhimento na visão do usuário no decorrer dos anos de 2003 a 2016;
- Identificar a região brasileira com maior incidência de relatos das experiências com acolhimento a partir da categorização dos artigos encontrados;
- Categorizar os estudos por sua natureza qualitativa e quantitativa;
- Identificar e quantificar os níveis de atenção que são mais relatados na literatura levando em consideração a temática do acolhimento diante da visão do usuário;
- Analisar a percepção dos usuários, relatados nos artigos, sobre o acolhimento e sua relação com a literatura existente.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. HUMANIZAÇÃO DO SUS

Uma das maiores conquistas sociais previstas na Constituição de 1988 foi o Sistema Único de Saúde (SUS), uma política pública que busca garantir a todos os cidadãos brasileiros o direito de assistência à saúde, com princípios de universalidade, integralidade, descentralização, equidade, regionalização e participação social, que nos levam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde (PEREIRA, 2009).

Desde a sua criação, houve muitos avanços e desafios a superar. O Ministério da Saúde, acreditando que o SUS está em uma constante construção, enxerga um desafio de desenvolver propostas de intervenção que favoreçam seu aperfeiçoamento, onde é necessário que haja transformações no modo de pensar, tratar e agir em relação ao usuário, a equipe de trabalho e aos familiares dos assistidos.

Inicialmente como uma dessas propostas, foi implantado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), sob a Portaria GM/MS nº. 881, de 19 de junho de 2001, que teve como justificativa:

agregar a eficiência técnica e científica uma postura ética que considere respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação (BRASIL, 2001)

Esse programa, a partir de 2003, com a mudança de gestão no Ministério da Saúde, sofreu mudanças e foi nomeado Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde: HumanizaSUS. Ampliando-se, assim, o campo da assistência hospitalar para todos os serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

A causa básica dos debates e da criação do PNHAH e da PNH foi o diagnóstico de insatisfação dos usuários no concernente ao relacionamento com os profissionais de saúde. A PNH foi criada em resposta às situações de fragmentação e verticalização dos serviços, ao despreparo de equipes para lidar com as dimensões sociais e subjetivas nas práticas de trabalho, ao baixo investimento em qualificação e constituiu-se como uma busca de resposta à crise do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

Outras experiências foram utilizadas para que a humanização fosse compreendida, tais como o programa de Humanização do Pré-Natal e nascimento (BRASIL, 2000b) a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (BRASIL, 2000b) e ainda ações que incluíam em suas diretrizes o mesmo compromisso, como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, Programa de Acreditação Hospitalar, Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde, entre outros (SANTOS FILHO, 2009).

A humanização da assistência é entendida como um conjunto de diretrizes e princípios que afirmam o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde; o aumento do grau de responsabilidades; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde, dos usuários e dos trabalhadores; e o compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (DESLANDES, 2009).

O documento base para gestores e trabalhadores do SUS apresenta as diretrizes, o método, os princípios e dispositivos da PNH. São princípios da PNH, ou seja, aquilo que dispara movimento no plano das políticas públicas:

Transversalidade - Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; - Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

Indissociabilidade entre atenção e gestão - Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; - Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; 24 HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS - Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos - Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; - As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2008).

A PNH é uma opção metodológica que trabalha com “efeito de positivação sobre o SUS”, que considera os problemas e os desafios do SUS, mas que dá destaque às formas existentes de superar os desafios, tomando os problemas para enfrentá-los e “para propor modos de fazer e direção aos processos de mudança na saúde”. É uma aposta na “ação de contágio e afecção pelo SUS que dá certo como modo de fazer e como direção ético-política” (PASCHE, 2009).

As suas orientações gerais, diretrizes, são: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo. Apresenta alguns dispositivos como: o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), a Câmara Técnica de Humanização (CTH), o colegiado gestor, o contrato de gestão, os sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, a visita aberta e direito à acompanhante, o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST), Comunidade Ampliada de Pesquisa presentes na Rede HumanizaSUS (CAP), a equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial, os projetos cogeridos de ambiência, o acolhimento com classificação de riscos, o Projeto Terapêutico Singular, o Projeto de Saúde Coletiva e o Projeto Memória do SUS que dá certo (BENEVIDES, 2005) (BRASIL, 2008).

As propostas da PNH a partir dos princípios, métodos, diretrizes e dispositivos expostos ganham forma no cotidiano das ações de saúde pela construção de espaços de encontro entre sujeitos, construção e troca de saberes, valorização do diálogo e da busca pelas demandas singulares dos sujeitos individuais e coletivos (WEBER, 2012).

A discussão sobre humanização surge, procurando traduzir de maneira prática o sentido de revisão paradigmática das práticas de saúde, em que as necessidades integrais do paciente passam a ser o foco, ao invés da abordagem centrada na doença.

A humanização se configura como uma aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado, estética porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo. Político refere-se à organização social e institucional, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão (BRASIL, 2006).

O processo de humanização é compreendido como a valorização dos indivíduos implicados no processo de produção de saúde, incluindo usuários trabalhadores e gestores. Nesta proposta o objetivo é a redução de filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco. (BRASIL, 2006).

Humanizar, para a PNH, é ofertar atendimento de qualidade, com melhoria dos ambientes de cuidado (BRASIL, 2004). Guimarães (2013) em seu estudo já pode perceber que a infraestrutura em unidades não atende as diretrizes do Ministério da Saúde, onde pelo menos uma deficiência de ordem infraestrutural, como: falta de água, iluminação ou materiais de consumo foi relatada.

Dessa forma a humanização deve ser vista não apenas como um programa, mas como uma política que atravessa diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, para estabelecer modificações qualitativas nas relações entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS. A implementação de dispositivos de humanização na rede de saúde, como ações que contribuam para a ampliação do acesso e o atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco, identificação e responsabilização de servidores e equipes que cuidam da saúde da população, pretende a produção de impactos positivos para os usuários, com a redução das filas e do tempo de espera para atendimento, assim como a garantia de informações ao usuário quanto aos seus direitos. Da mesma forma a implementação de processos de gestão participativa com trabalhadores e usuários, assim como a educação permanente para as equipes de saúde de todo o sistema vêm somar na criação de um desenho favorável à Humanização (CUNHA,2012).

Como uma estratégia de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, a humanização vai ao encontro dos princípios do SUS, ao enfatizar a necessidade de se assegurar atenção integral à população, bem como estratégias que ampliem a condição de direitos e de cidadania dos indivíduos. A humanização depende ainda de modificações no modo de pensar e agir das pessoas, na ênfase aos valores atrelados à defesa a ida, a fim de tornar criativo e prazeroso o modo de fazer o trabalho (COTTA, 2013).

A humanização não se limita à emergência de novas propostas. Trata-se, na verdade, de uma estratégia de valorização das práticas de gestão e de atenção que já ocorrem no dia a dia dos serviços, buscando romper o abismo entre a tradicional normatização e prescrição do aparato burocrático do Estado e o agir concreto na experiência cotidiana de produzir saúde. Ao fomentar movimentos de lateralidade e transversalidade entre sujeitos, espera-se fazer circular saberes e poderes, alterando o padrão organizacional e de gestão verticalizados e hierarquizados, visando a melhorar os processos comunicacionais. Para a PNH, a produção de saúde se dá por meio de

encontros, a partir das relações entre sujeitos na construção de contratos terapêuticos que possam servir à qualificação da vida, bem como na ampliação dos sentidos do trabalho em saúde que produzam sujeitos mais livres e autônomos (PASCHE, PASSOS E HENNINGTON, 2011).

Essa transversalidade exige uma transposição dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Para Souza e Mendes (2009), é “compreender o trabalho em saúde como, fundamentalmente, trabalho afetivo, de produção de afetos e de modos de afetar e ser afetado pelo outro na criação de redes sociais, de formas de vida, de novas subjetividades e sociabilidades, entendendo a saúde como valor de uso é tanto ampliar vínculo com usuários e colocá-los como protagonistas no sistema de saúde quanto garantir que trabalhadores tenham melhores condições de trabalho para que este seja realizado “de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho.”

O estabelecimento da PNH pelo Ministério da Saúde procura confrontar tendências tecnocráticas e iatrogênicas arraigadas em políticas e serviços de saúde”, buscando resolver problemas como: a desvalorização dos trabalhadores da saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2008). A PNH, por meio da oferta de princípios, diretrizes e dispositivos, busca fomentar o: trabalho em equipe multiprofissional, a transversalidade e a grupalidade, o apoio à construção de redes cooperativas solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos e coletivos implicados na rede SUS, na construção de autonomia e protagonismo desses sujeitos” (BRASIL, 2004).

Considerando ser o SUS um processo social em construção, e sendo os profissionais de saúde importantes sujeitos desse processo, destaca-se o papel da educação permanente como um dos mais relevantes instrumentos para a garantia de um cuidado humanizado (COTTA, 2013)

É direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde. Para garantir esse direito, e no sentido de difundir uma nova cultura de atendimento humanizado, surgiu a PNH, como uma política com perspectiva transversal que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, constituindo uma política pública de assistência e não mais um programa específico como a PNHAH (DESLANDES, 2004).

Portanto a política de humanização é uma tentativa de resgatar a escuta dos problemas de saúde dos usuários de forma qualificada dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Onde profissional deve estar ciente do caráter voltado para a responsabilidade e para a resolutividade do caso em questão, pois isso compreende a base do acolhimento (BRASIL, 2006a).

3.2. *ACOLHIMENTO NO SUS*

O SUS produz mudanças ao longo de sua trajetória, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção em saúde da população. Na prática, porém, ainda se observa a fragmentação no processo de trabalho, comprometendo questões importantes referentes ao processo de humanização, uma vez que o sistema é burocrático e vertical, resultando no desrespeito aos direitos dos usuários. Para superar esses desafios, surge a PNH, essencial para concretização do SUS (BRASIL, 2004).

A Humanização é uma política de saúde, cujo dispositivo acolhimento representa uma “atitude” relacionada ao componente ético do cuidado que se produz ou não no campo da saúde. O acolhimento é uma ação que envolve técnica e assistência, pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

A proposta de acolhimento constante da Política Nacional de Humanização (PNH) visa a atender às demandas do coletivo e do individual focando a resolutividade na assistência prestada aos usuários. A PNH se propõe a ser instrumento frente aos desafios presentes na rede de atenção básica do SUS, cuja meta é suprir as reais necessidades da população brasileira. O modus operandi nas ações de atenção básica deve estar norteado pelo binômio demanda-oferta e não mais oferta-demanda atualmente vigente (MACEDO,2011).

Como uma das diretrizes da PNH, o acolhimento tem tornado sua face mais visível, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), pelas consequências diretas que pode determinar no acesso dos usuários como uma mudança no processo de trabalho, a fim de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde (BRASIL, 2006a; SILVEIRA, 2004; MALTA et al., 1998).

Segundo Panizzi e Franco (2004), o acolhimento é uma diretriz operacional do modelo de saúde, que traz novo significado na relação do profissional com o usuário, o qual é considerado em toda a sua subjetividade, incluindo-o em um contexto cultural e sócio-ambiental. “Além disso, é portador de direitos de cidadania, devendo, portanto, ser tratado como sujeito e não como objeto da ação profissional”, ou seja, o acolhimento tem como foco principal o usuário e o seu problema de saúde. Com a inserção do acolhimento no modelo de atenção à saúde, o processo de trabalho em saúde e a porta de entrada da unidade devem ser modificados, para facilitar o acesso do usuário.

Desse modo, o princípio da universalidade estabelecido pelo SUS é estabelecido de forma qualitativa, não apenas pelo aumento no número de unidades ou profissionais na rede de saúde, mas pela inclusão de toda a equipe de saúde no processo de atenção, aproveitando a capacidade clínica de profissionais que apenas serviam de intermediários para a consulta médica. Esses profissionais devem criar espaços no serviço de saúde que permitam uma escuta qualificada, conduzindo à responsabilização pelo problema do

usuário e dando-lhe uma resposta adequada (BRASIL, 2006a; SILVEIRA, 2004; MALTA et al., 1998).

Nesse contexto teórico, o acolhimento constitui-se em um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde, porém esse potencial pode ser restringido pelo contexto prático no qual o acolhimento será estabelecido. O contexto do trabalho em saúde hegemônico na atualidade é aquele do modo-de-ser trabalho, voltado para a produção de procedimentos e muito bem adaptado à estrutura dos serviços de saúde organizados como aparelhos (DA SILVA SCHOLZE, 2009).

O ato de acolher é entendido pelo PNH como recepção do usuário, desde a sua chegada, responsabilizar-se integralmente pelo usuário, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde, quando necessário (BRASIL, 2006).

Estudos mostraram que o acolhimento foi identificado como dispositivo de reorganização do processo de trabalho, apostando nas relações entre profissionais e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional. Em outra perspectiva, o acolhimento apresentou-se fundamentado no modelo clínico-biomédico, sendo o atendimento baseado no modelo queixa-conduta e como forma de triagem (ANDRADE, FRANCO, FERREIRA, 2007) (VILLAR, 2009) (FRACOLLI, 2004).

Alguns autores, como Silva Júnior e Mascarenhas (2004), Camelo et al. (2000), denominam acolhimento como posição, ou seja, pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários estruturados como “relação de ajuda”.

Na medida em que se utiliza de protocolos ou fluxogramas clínicos, mas com eles agregando a subjetividade e o contexto desse usuário, apreendida por uma escuta qualificada, falamos de acolhimento. Assim, a implantação do acolhimento pressupõe uma reorganização da recepção, haja vista que a decisão sobre o ingresso do usuário na assistência passa a ser responsabilidade da equipe de acolhimento. Com isso, cada usuário tem direito a uma escuta qualificada e a uma resposta positiva, seja ela o atendimento na unidade ou o encaminhamento para outro serviço (PANIZZI; FRANCO, 2004).

Santos e Assis (2006) expressam que o acolhimento surge como proposta de se repensar e refazer nova prática em saúde, pautada nas relações e no ato de receber e ouvir, capazes de proporcionar respostas adequadas àqueles que procuram os serviços de saúde. Segundo Malta et al. (2000), o ato de escutar que marca o acolher difere do “ato de bondade”, porque é um momento de “construção de transferência” com vistas ao estabelecimento de uma relação vincular, de promoção da cidadania e favorecimento da autonomia do usuário.

Há ainda outra percepção do acolhimento, definido por Franco, Bueno e Merhy (2003), como a possibilidade de olhar para o processo de produção do vínculo entre usuário e serviço por intermédio da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde.

Mehry (2002) toma a definição de tecnologia incluindo, também, os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Este autor a classifica em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves. Esta forma de referência às tecnologias presentes no trabalho em saúde é apresentada por Mehry, destacando que as tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização.

As tecnologias leves são as relacionadas com o conhecimento da produção das relações entre estes sujeitos. Enquanto tecnologia leve, o acolhimento, precisam deixar de ser problemas de recepção, tornando-se de fato, objeto da prática de toda a equipe de saúde (MERHY,2002).

O acolhimento é uma tecnologia leve fundamental dentro da prática dos serviços de saúde, e tem contribuído para a mudança do modelo assistencial, não mais centrado na doença, mas no sujeito. Passível de ser alcançada através da mudança no processo de trabalho das equipes, que se comprometem a buscar resolutividade para os problemas trazidos pelos usuários, identificados através de uma rede de comunicação entre profissionais e clientes (PINHEIRO e OLIVEIRA, 2011) (DE FARIAS BREHMER e VERDI, 2010).

Para Merhy (1994), “[...] a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações”. Compreendemos que a resposta nem sempre é considerada positiva pelo usuário, já que ele vai à unidade com a expectativa de solucionar o seu problema de imediato, e nem sempre isso é possível. Muitas vezes a resposta pode ser uma orientação ou encaminhamento a outra unidade.

Entretanto, mesmo que o atendimento não seja imediato, o usuário se sentir ao menos escutado, acolhido, e ter a oportunidade de compreender o porquê de tal resposta, é tratar o outro com respeito e se importar. Mas o que acontece muitas vezes é os usuários não serem sequer recebidos ou escutados na recepção, por não haver fichas disponíveis, isso quando pensamos em um contexto sem acolhimento.

Para Mishima et al. (2003), as necessidades são gestadas nas relações sociais, portanto, são diferentes ao longo do tempo. Podemos dizer que os serviços de saúde criam e atendem a necessidades. Compreendemos ainda que o acolhimento é um processo dinâmico, inacabado, nunca está totalmente

pronto. Portanto se faz necessário que haja um processo de avaliação e reorientação permanente. Assim, nesta trajetória de implantação do acolhimento, alguns questionamentos emergem. Como é realizado o acolhimento nesta unidade? Que mudanças ocorreram no atendimento dos usuários desse serviço de saúde? O que pensam esses usuários sobre o acolhimento implantado. O acolhimento implica uma reformulação da relação entre os profissionais e os usuários. Estes são percebidos por aqueles não somente como um indivíduo isolado do seu contexto, mas considerando-se as suas dimensões socio-cultural, ambiental e histórica (PANIZZII; FRANCO, 2004).

As soluções práticas que temos visto ultimamente permeando nossos serviços de saúde com relação ao acolhimento tendem a concebê-lo como uma atividade fragmentada, ou seja, uma ferramenta organizacional tradicional dos serviços de saúde, entendida numa forma simplificada de “recepção”, “triagem” ou “acesso” (FALK *et al*,2010). As políticas defendidas por muitos, inclusive pelo Ministério da Saúde, no entanto, amparam a ideia de que o acolhimento não tem nenhuma relação com fragmentação, ao contrário, está diretamente relacionado com a transversalidade, na qual o usuário/serviços e profissionais de saúde atuam de maneira interligada com o objetivo do entendimento das reais necessidades dos usuários e, portanto, disparando ações no sentido de dar a solução mais adequada em cada situação. (BRASIL, 2004)

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais da saúde tenham uma visão mais holística do ser humano e da necessidade de uma atenção individualizada a ser prestada a cada usuário, entendido como ser humano especial, único na sua diversidade e que, naquele momento, precisa do auxílio de alguém. Assim, as mudanças nos processos de trabalho e, conseqüentemente, nos modelos tecnoassistenciais devem perfazer mudanças no comportamento do “sujeito trabalhador” frente às demandas que lhe são apresentadas (FALK,2010).

O acolhimento é considerado como uma estratégia que busca a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, a partir de uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário. O acolhimento, desse modo, se constitui como elemento norteador e deflagrador do processo de trabalho em saúde, “centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos (SCHOLZE et al, 2006).

O acolhimento é um recurso tecnológico que possibilita acesso aos usuários objetivando uma escuta sensível, partindo dos problemas menos complexos para os mais complexos. Nesse sentido, é reformulador do processo de trabalho, de modo a rastrear os problemas de saúde, dando-lhes direcionamento e respostas pela identificação da demanda dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas (CAMELO, 2000) (TAKEMOTO;SILVA, 2007).

O acolhimento não é necessariamente uma atividade isolada, mas se configura em um conjunto de atividades assistenciais, que consiste na busca constante de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de promover a resolutividade (TAKEMOTO;SILVA, 2007).

O acolhimento, na proposta da equipe de saúde da família (ESF) e nas demais instituições de saúde, se configura como uma atividade que inclui o sujeito e seu contexto social, a ambiência, a organização do serviço, a relação entre profissionais de enfermagem e usuário sem busca de uma resolução em termos de saúde. Esse dispositivo precisa ser operacionalizado com a participação cooperativa de todos os atores que circulam nestes cenários: usuário, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agente comunitário e gestores (MACEDO,2011).

O acolhimento visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo. O diálogo

é uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma genuína, estabelecendo-se, por conseguinte, uma relação. Nessa relação sempre nos deparamos com o outro, “[...] um diferente que vai nos causar certo estranhamento e desencadear um olhar para dentro e para fora muito dinâmico da própria imagem de cada um dos envolvidos; uma expressão por meio de um discurso, de gestos e de ações práticas (MERHY,2008) (MATUMOTO,2002).

É nessa relação que nós construímos e reconstruímos como sujeitos no mundo”. Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e trabalhadores da saúde. O acolhimento gera as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, pois é uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado em saúde (MERHY, 2002).

Para acolher é necessário ser acolhido, reorganizando o próprio processo de trabalho em saúde cujas ações ainda são centradas no modelo biomédico. O paciente/família precisa sentir-se seguro, confortável e amparado pela instituição, pois assim o mesmo mantém sua autonomia/ cidadania e oportunidade de expressão. O acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilidade das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção (MERHY, 2002).

A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Assim sendo, ela está em consonância com um dos sentidos de integralidade. Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal. (MERHY, 1994)

Para que o ato de cuidar não se restrinja ao aspecto físico, à objetividade do ser doente ou de seu familiar, é necessário à utilização de vínculo e acolhimento. “Acolher significa oferecer ou obter refúgio, proteção, ou conforto físico; proteger(-se), abrigar(se), amparar(-se)”. Acolher significa receber, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva individual como do ponto de vista coletivo (MERHY, 2002).

Acolher significa tentar compreender o que estes nos dizem, que se traduz em saber ouvir. É necessário haver no cuidado em saúde em especial, no acolhimento, a conjugação da identidade e da diferença. “O outro é alguém essencial em nossa existência, no nosso próprio agir. Ele se torna alguém necessário, alguém imprescindível para a própria compreensão de mim mesmo” (HENNINGTON, 2005).

Verificamos que a maior potencialidade das experiências do Acolhimento na atenção primária à saúde (APS) tem sido a redução da demanda reprimida na rede básica, geralmente estabelecendo equipes de acolhimento centradas nos auxiliares de enfermagem. Porém, o acolhimento também pode ser explorado pelo enfoque de uma tecnologia do encontro trabalhador/usuário que, se adequada, permite desencadear um processo de mudança nas práticas de saúde, direcionando-as a partir das tecnologias leves (CARVALHO ET AL, 2006; TEIXEIRA, 2004; MEHRY, 1998).

Essas dimensões envolvem a ação comunicativa, garantindo a palavra e a dignidade ao paciente que traz o sofrimento e a dor a serem externadas pelo diálogo; a prática médica e da equipe direcionada para minimizar ou debelar o sofrimento físico e psicológico; o acolhimento extensivo aos familiares do paciente no intuito de diminuir os processos negativos das internações, como estresse, depressão, evitando a fragilização emocional por meio de uma postura positiva para a recuperação (DESLANDES, 2004).

Em termos práticos, [...] na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para

compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos [e a falta de atenção extra-hospital após a alta qualificada] (BRASIL, 2001).

Cabe destacar que os autores apontam a construção de vínculos e o compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais como uma proposta para construir a humanização. Portanto, apostam em uma equipe multidisciplinar que possa investir no atendimento e interação entre os sujeitos dos sistemas de saúde para o acolhimento dos pacientes. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é necessário reverter o atual quadro que apresenta processos mecânicos e procedimentos meramente burocráticos comuns nas relações de trabalho entre muitos profissionais de saúde.

As diferentes experiências na implantação do acolhimento já desenvolvidas estiveram voltadas para implementar uma escuta ampliada, capaz de identificar os motivos que levaram o usuário a buscar o serviço, identificando suas necessidades e dando encaminhamento para a solução de seus problemas. Em algumas propostas foram criadas equipes de acolhimento, compostas por diferentes profissionais, enquanto outras se centraram especialmente nos auxiliares de enfermagem, os quais recorreriam a outros membros da equipe de saúde quando necessário. Porém, eventualmente, estes auxiliares encontravam-se em unidades sem locais adequados para a escuta do paciente e sem o envolvimento do restante da equipe, não sendo eles mesmos acolhidos (MAYEMA, 2007; CAMPOS, CARPINTERO, BUENO, 2001).

Diferentes formas de organização do acolhimento em diferentes centros de saúde foram relatadas por Takemoto e Silva (2007), sendo que, em três das unidades estudadas, o auxiliar de enfermagem conduzia uma triagem qualificada, que levava a uma primeira consulta com o médico, favorecendo somente o atendimento a queixas agudas numa modalidade de pronto-atendimento. Assim, não houve ampliação da resolutividade dos outros

profissionais, ao contrário de outra unidade pesquisada, em que o acolhimento foi entendido como postura, buscando dar resposta às necessidades do usuário, ainda que não fossem clínicas. Esse tipo de vínculo é capaz de gerar satisfação e segurança, sendo fruto de um atendimento baseado na escuta e no bom desempenho dos profissionais, influenciando inclusive o acesso geográfico, pois o atendimento com resolutividade promove a procura por determinadas unidades, mesmo implicando maior deslocamento do usuário (TRESSE, 2008; DA SILVA LIMA ET AL., 2007).

Porém, mesmo que a implantação do acolhimento conduza os profissionais à prática dessa diretriz operacional, o deslocamento de algumas decisões - antes centradas no médico, para outros profissionais, como técnicos e auxiliares de enfermagem - pode não ser bem compreendido pelos usuários (DA SILVA SCHOLZE, 2009).

Os possíveis conflitos entre as propostas de descentrar o trabalho da figura do médico e a concepção de atendimento em saúde trazida pelos usuários podem dificultar os esforços de comunicação, especialmente pela desvalorização dos profissionais que conduzem o acolhimento, gerando sobrecarga nas equipes de saúde, caso estas não sejam também acolhidas (DA SILVA SCHOLZE, 2009).

Uma forma de responder às possíveis resistências à implantação do acolhimento ou a sua implantação em formatos que têm pouco impacto no processo de trabalho é entendê-lo concomitantemente como postura dos profissionais e como técnica, objetivando a ampliação e a qualificação do acesso dos usuários. Para isso, contribui também uma implantação participativa do processo, com colegiados locais e o apoio de representantes do nível central (DA SILVA SCHOLZE, 2009).

Assim, possibilita-se um aumento quantitativo do rendimento dos profissionais envolvidos e faz-se com que estes percebam uma maior qualificação no seu trabalho e na produção do cuidado, qualificando o vínculo

com a comunidade e fortalecendo as equipes por meio da educação permanente (DA SILVA SCHOLZE, 2009).

A prática do acolhimento em todos os serviços públicos de saúde organiza-se em modos de atendimento aos usuários com a finalidade de garantir acesso e qualidade na atenção. Aliado às outras estratégias operacionais, o acolhimento visa, sobretudo, contribuir para a construção de um SUS universal e integral, como orientam seus princípios (DE FARIAS BREHMER, VERDI, 2010).

Contudo, o desenvolvimento desse processo no cotidiano das instituições de saúde pode revelar contradições e distanciamentos entre as intenções de uma prática e sua real aplicação nas situações concretas diárias. Este fato, certamente, representará um obstáculo para o pleno estabelecimento das políticas públicas de saúde, bem como para a efetivação do SUS, em constante busca pelo aperfeiçoamento de sua implantação no campo real das ações e dos serviços, sobretudo uma ameaça aos direitos conquistados socialmente (DE FARIAS BREHMER, 2010).

3.3. *PROFISSIONAIS NA HUMANIZAÇÃO DO SUS*

A maioria dos estudos indicou que o acolhimento pode ser realizado por todos os profissionais da equipe e em todas as situações do cotidiano dos serviços, em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro (NORA, 2013).

Segundo Passos, o paciente não é uma doença ou um paciente apenas, é acima de tudo um ser humano, um indivíduo, que tem família, planos, sonhos e sofre por extraído de uma hora para outra de sua vida e de sua rotina pessoal, tornando-se vulnerável a uma doença (PASSOS, 2003).

Dessa perspectiva, é possível inferir que a humanização implica mudanças nas ações de quem presta assistência à saúde, desde servidores (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, atendentes etc.) até o corpo administrativo, culminando com a transformação das práticas em saúde. Nesse sentido, torna-se necessário vencer o desafio de receber o cliente/paciente com qualidade de atendimento aliada à valorização do profissional da área. Essa adequação tem movimentado – e movimenta – todo o grupo envolvido na prestação de serviços, promovendo cursos de capacitação para a melhoria das relações interpessoais das equipes multiprofissionais e da qualidade na atenção aos usuários, contemplando-os nas dimensões ética, técnica e psicossocial (GIACOMINI, DE LIBERAL,2015).

Entende-se que o novo paradigma “ser que sofre-sofrimento-profissional” procura minimizar ou abolir o sofrimento amplo que descaracteriza a relação médico-paciente tradicional como exclusiva do médico. Essa maneira de perceber a relação médico-paciente se estende, portanto, a outros profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos hospitalares etc., que podem compartilhar desse relacionamento com seus pacientes. Este paradigma, se válido, faz refletir sobre o ato de curar. Se forem considerados o ato de minimizar ou abolir o sofrimento como equivalente ao ato de curar, essa prerrogativa transcende, pois, a atuação do médico e se estende a todos os profissionais que também podem fazer o mesmo com seus pacientes. Dessa forma, médicos, enfermeiras, atendentes, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais se caracterizam como indivíduos que buscam a cura total ou parcial dos problemas de saúde encontrados, dependendo da extensão das ferramentas propostas (GIACOMINI, DE LIBERAL,2015).

Nesse novo modelo, o médico e sua equipe, que praticam formas alternativas de medicina, e o ser que sofre passam a ter, agora, outros agentes imediatos, tendo, como meta, não só a recuperação, como também a atenção humanizada dispensada ao paciente. Assim, é concebível que questões aflorem indagando se, na prática, ocorre a humanização no atendimento ao paciente/usuário do SUS. A essas e tantas outras questões, o SUS procura

uma resposta com a admissão e a estimulação do ato de humanizar o atendimento ao seu usuário, não só no momento da recepção e no acolhimento, quando ele procura os diversos departamentos de saúde, mas, principalmente, por intermédio de uma política capaz de envolver o seguimento nos cuidados e atenção à saúde (GIACOMINI, DE LIBERAL,2015).

4. METODOLOGIA

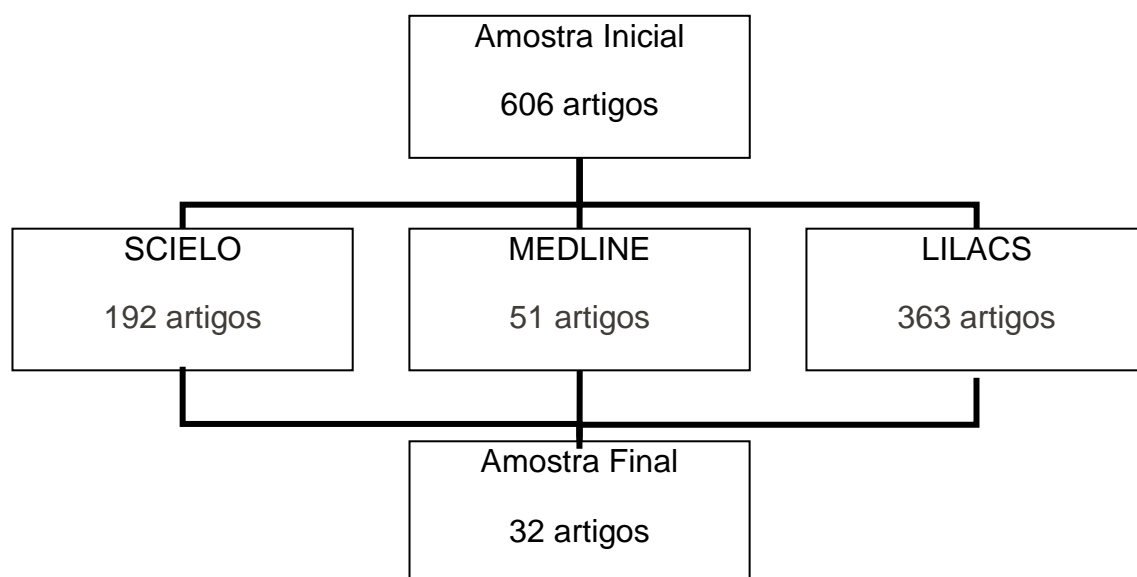
Trata-se de uma pesquisa bibliográfica entendida como a análise dos dados já existentes, através da busca de artigos em bases eletrônicas.

Segundo Ribeiro (2007) o principal objetivo de uma revisão bibliográfica é reunir ideias oriundas de diferentes fontes, visando construir uma nova teoria ou uma nova forma de apresentação para um assunto já conhecido. Para Berto & Nakano (1998) as pesquisas classificadas como revisão bibliográficas são produtos de reflexões críticas sobre um fenômeno ou questão observada na literatura, compilando-se, contrapondo argumentos e teorias de diferentes autores sobre um determinado tema. Mesmo tratando-se de uma pesquisa bibliográfica, este estudo propõe além de uma revisão descritiva, uma análise crítica de ordem quantitativa e qualitativa a partir de estudos já publicados.

A busca foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), das seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Para o processo de definição dos descritores, foi utilizado como operador a terminologia “acolhimento” em palavras do título, onde pode-se obter um universo de 606 artigos. Para a construção do trabalho foi inicialmente definidos critérios de inclusão e exclusão de estudos publicados. Foram incluídos neste estudo artigos publicados entre 2003 e 2016, período correspondente há existência da PNH (Política Nacional de Humanização), que estão em periódico brasileiros, e que descreveram o acolhimento implantado na rede SUS, com relato de usuários. Foram excluídos teses, monografias, resenhas, editoriais, ensaios e referências repetidas. A partir desses critérios foram selecionados 32 artigos como observados na figura 1, estes foram identificação e quantificação da distribuição dos mesmos por ano de publicação, estado e região brasileira, nível de atenção à saúde do serviço, e natureza quantitativa e qualitativa do estudo, onde foi

possível construir os gráficos a seguir. Como também analisados em uma segunda fase, onde visando à sistematização dos dados, a autora desenvolveu um instrumento de dos principais resultados relativos ao acolhimento, de forma a consolidar as opiniões desses usuários, para avaliar se a há realização do acolhimento a partir dos dados encontrados e através dessa síntese possível obter xxx, com a presença ou ausência de elementos descritos pelos usuários sobre o acolhimento entre 2003 e 2016, de acordo com as seguintes categorias de análise: vínculo profissional/usuário, escuta qualificada, infraestrutura adequada, profissionais qualificados e reconhecimento do acolhimento, que como já mencionadas anteriormente são característicos da presença do acolhimento.

Figura 1 — Fluxograma de seleção de artigos que enfocam o acolhimento na rede sus com relato de usuários entre 2003 e 2016.



Fonte: Pesquisa própria.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 — Título, autor principal e ano de artigos sobre acolhimento na percepção do usuário entre 2003 e 2016.

TÍTULO	AUTOR PRINCIPAL	ANO
Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição	Cláudia Junqueira Armellini	2003
Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil	Adriano Maia dos Santos	2007
Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde	Giselda Quintana Marques	2007
Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários	Maria Alice Dias da Silva Lima	2007
Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde	Elizabethe Cristina Fagundes de Souza	2008
Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário	Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo	2009
Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados	Adelina Giacomelli Prochnow	2009

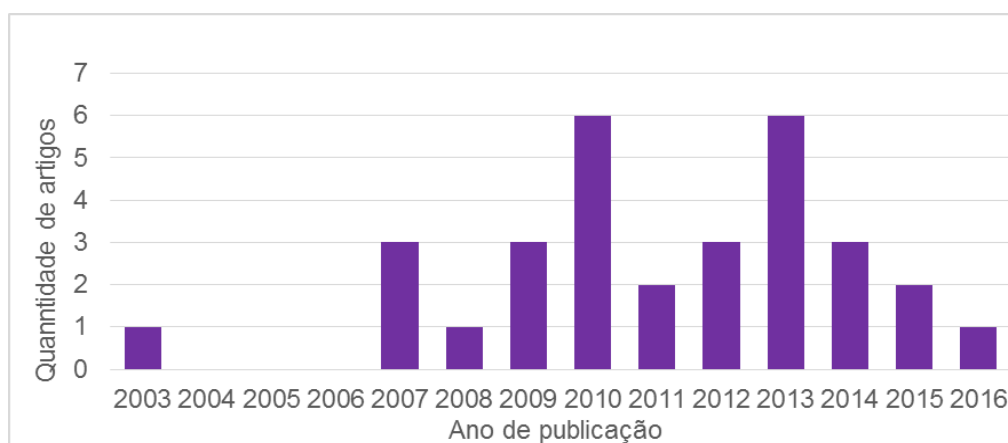
Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo	Márcia Oliveira Coelho	2009
Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família	Liliane da Consolação Campos Ribeiro	2010
Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco	Flávia A. Medeiros	2010
O acolhimento em saúde bucal na estratégia de saúde da família, fortaleza-CE: um relato de experiência	Sharmênia de Araújo Soares Nuto	2010
O olhar do usuário sobre o acolhimento em um serviço de reabilitação	Sirlaine Vieira da Cruz	2010
O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência	Delba Machado Barros	2010
O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde	Márcia Oliveira Coelho	2010
Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários	Laura Cavalcanti de Farias Brehmer	2010
Usuário da estratégia de saúde da família: conhecimento e satisfação sobre acolhimento	Saulo Lacerda Borges de Sá	2011

Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia	Maria Salete Bessa Jorge	2011
Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus	Cecilia arruda	2012
Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva	Eleine maestri	2012
O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família	Renata Fiúza Damasceno	2012
Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários	Maria Vilani Cavalcante Guedes	2013
Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização	Leilson Lira Lima	2013
O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização	Mariana Nepomuceno Giron	2013
Acolhimento e Vínculo em um Serviço de Assistência a Portadores de Transtornos Alimentares	Tatiane Mitleton Borges Ramos	2013
Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento	Mariana de Almeida moraes Gibaut	2013
Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta	Carlos Eduardo Leal Vidal	2013
Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca	Cinthia Calsinski Assis	2014
Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do distrito federal, Brasil	Blenda de Sousa Baião	2014

Acolhimento: quando o usuário bate à porta	Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes	2014
Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde	Luciana de Amorim Barros	2015
Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso	Ana Valéria Furquim Gonçalves	2015
Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário	Pollyane Liliane Silva	2016

Fonte: Pesquisa própria.

Gráfico 1 — Distribuição de artigos sobre acolhimento na visão do usuário por ano de publicação.



Fonte: Pesquisa própria.

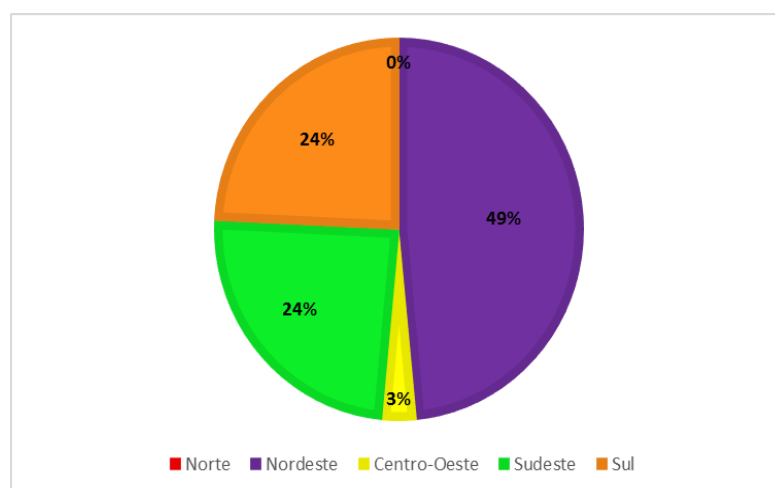
Foi possível observar que os quatros primeiros anos apresentaram baixa produção, onde os anos entre 2004 e 2006 não tiveram publicações de nenhum artigo. Era esperado que a partir de 2004 devido a publicação da PNH, que a produção de artigos sobre acolhimento fosse impulsionada, devido ao marco que esse passo representou na saúde, contudo por dados de pesquisas anteriores, acredita-se que nesse período as publicações levaram em consideração apenas o ponto de vista de outros sujeitos, sendo assim os

relatos de usuários não presentes nesse estudo (PELISOLI, 2014). Contudo deve se levar em consideração também o tempo necessário para essa experiência ser publicada, desde o conhecimento sobre a temática por parte do serviço, as tentativas de aplicação dessa prática, e após isso o processo de produção, o que corrobora com um número baixo de publicações.

Os anos de 2010 e 2013 apresentaram maior produção, o que pode ter sido impulsionado pelas publicações do Ministério da Saúde, sobre a temática, estimulando assim interesse por parte dos pesquisadores, pela perspectiva do usuário sobre a temática.

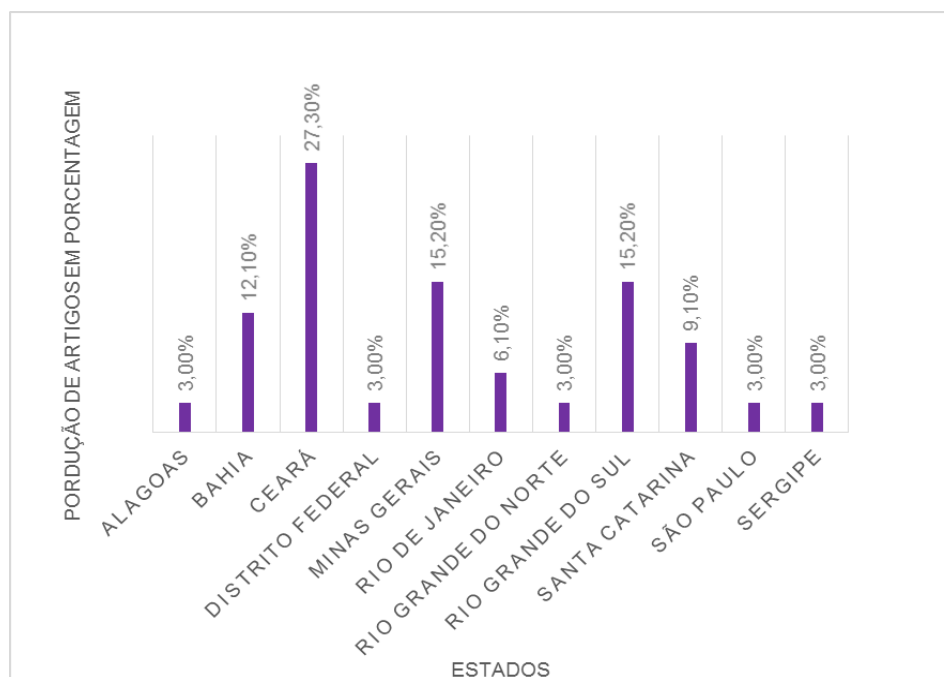
De forma geral há ainda pouca produção sobre a temática, principalmente no último ano, se faz necessário incentivar a divulgação de casos, de forma a contribuir para que o acolhimento se torne uma realidade junto aos serviços brasileiros de saúde. A publicação de relatos de experiência é essencial para que os profissionais tenham em quem se espelhar, em casos bem-sucedidos. Da mesma forma, também são importantes estudos de avaliação de impacto e de processo desta que é considerada uma tecnologia leve, pautada em relações de cuidado e atenção (ROSSI & LIMA, 2005).

Gráfico 2 — Produção de artigos sobre acolhimento na visão do usuário por região brasileira entre 2003 e 2016 em porcentagem



Fonte: Pesquisa própria.

Gráfico 3 — Produção de artigos sobre acolhimento na visão do usuário por estado brasileiro entre 2003 e 2016.



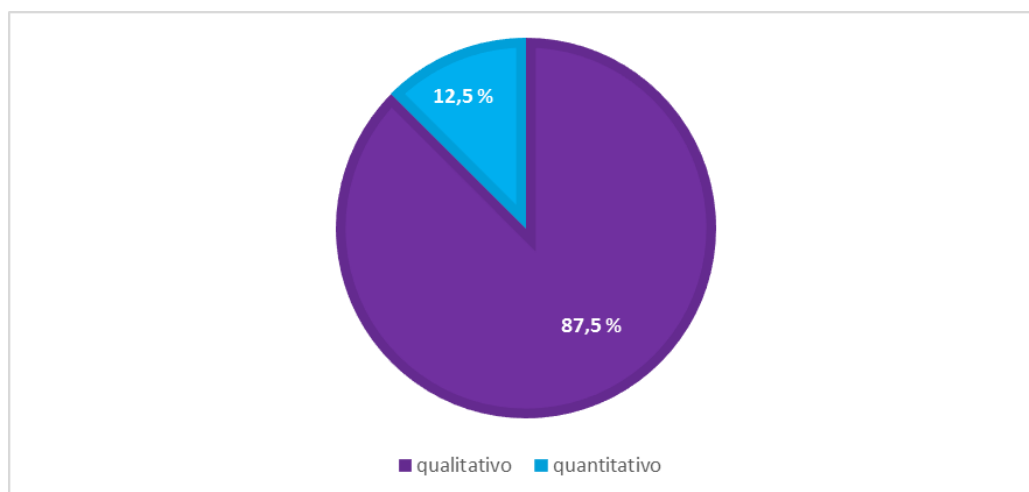
Fonte: Pesquisa própria.

Foi possível observar através do gráfico 2 que a região Norte não apresentou publicações sobre a temática, assim como Pelisoli (2014) já descreveu em seu trabalho. O gráfico 3 mostra que das 27 unidades federativas, apenas 12 apresentaram relatos de trabalhos dentro da temática proposta desse estudo, em sua maioria na região nordeste.

Os resultados mostram que há uma lacuna nesse estudo, pela falta de relatos em outros estados. Dessa forma os resultados obtidos não podem necessariamente ser extrapolados para os estados que não estiveram presentes nas publicados. Contudo esses locais, onde não foi possível encontrar relatos sobre a temática proposta, não podem ser colocados como ponto de ausência da prática do acolhimento, pois podem estar o realizando, mas não divulgando.

Boa parte das unidades de saúde ainda está tentando implantar um modelo de acolhimento realmente efetivo, é interessante que os serviços divulguem suas tecnologias, pois assim exercem um importante papel no compartilhamento de experiências bem-sucedidas e mal sucedidas, para outros profissionais.

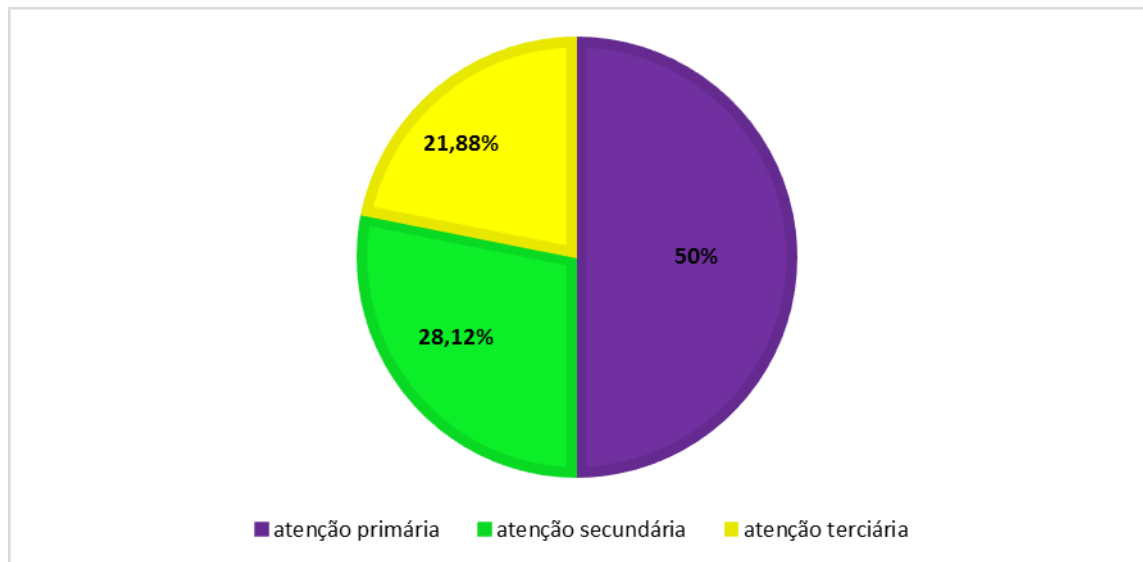
Gráfico 4 — Natureza do estudos publicados sobre acolhimento na visão do usuário entre 2003 e 2016 em porcentagem.



Fonte: Pesquisa própria.

Os resultados mostram que houve maior prevalência de estudos qualitativos. Já foi observado que houve um aumento no número de publicações sobre a humanização em saúde, especialmente de estudos de caráter qualitativo, dessa forma sendo gerando um importante acúmulo de conhecimento nessa área(BREHMER, 2010). Pelisoli(2014) também observou uma predominância de estudos qualitativos sobre a temática acolhimento. Esse resultado pode ser explicado pela observação de que o acolhimento, por ser uma tecnologia leve, que faz parte do campo relacional entre o técnico e o usuário, considera questões de ordem subjetiva e que, portanto, direciona os pesquisadores para a realização de estudos qualitativos na tentativa de compreender ampla e profundamente o processo. Assim, os pesquisadores parecem considerar que a abordagem qualitativa é a mais adequada para dar conta desse objeto de estudo e para apreender melhor essa realidade.

Gráfico 5 — Serviço público de saúde em níveis de atenção envolvidos em artigos sobre acolhimento na visão do usuário entre 2003 e 2016 em porcentagem.



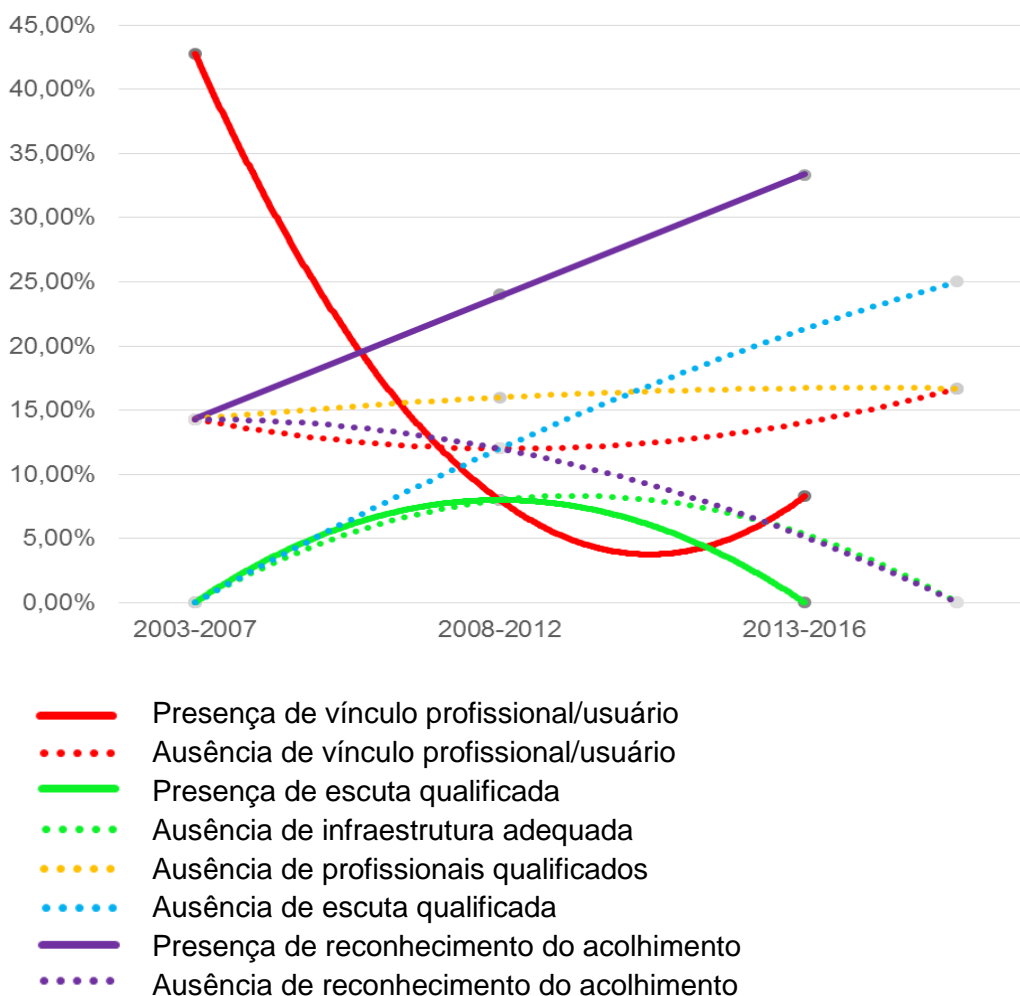
Fonte: Pesquisa própria.

Os resultados mostram que 50% dos artigos selecionados relatavam experiências dentro do contexto da atenção primária.

As ações em Humanização na Atenção Básica (AB) se constroem a partir de princípios como a afirmação e ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos e a corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde, que promovem a saúde no trabalho nesse nível de atenção por meio do aprimoramento da capacidade de compreender e analisar o trabalho, fazendo circular a palavra e criando espaços de debates coletivos nas equipes (BRASIL, 2012).

A implementação do acolhimento, no entanto, não deve ser restrita às unidades básicas de saúde.

Gráfico 6 — Evolução da presença e ausência de elementos sobre o acolhimento descritos na literatura a partir da perspectiva dos usuários entre 2003 e 2016.



Fonte: Pesquisa própria.

O Gráfico 6 mostra que 42,8 % dos relatos encontrados entre 2003 e 2007 foram sobre a presença de vínculo entre profissional e usuário. Sendo esse período o que apresentou maior porcentagem de presença de elementos do acolhimento descritas pelos usuários. Importante destacar que nesses anos foram encontrados apenas 4 artigos, e se tratou dos primeiros 5 anos após lançamento da PNH.

É relevante estabelecer vínculo de confiança entre trabalhadores da saúde com paciente/família. Quando não ocorre a cumplicidade entre ambos, pode dificultar a terapêutica proposta. A meta de cuidado acolhedor não deve deter-se na doença, deve transcender os aspectos biológicos e valorizar a cultura, nível sócio-econômico, crenças e valores adquiridos ao longo da história de vida de cada ser. Pois, no campo da saúde o objetivo não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, que é de fato o foco a que se quer chegar.

Foi possível ainda destacar que em todos os anos, não houve relatos de presença de infraestrutura adequada e profissionais qualificados pelos usuários, devido a isso esses elementos não estão representados no gráfico. É fundamental que os profissionais da saúde tenham uma visão mais holística do ser humano e da necessidade de uma atenção individualizada a ser prestada a cada usuário, entendido como ser humano especial, único na sua diversidade e que, naquele momento, precisa do auxílio de alguém. Assim, as mudanças nos processos de trabalho e, conseqüentemente, nos modelos tecnoassistenciais devem perfazer mudanças no comportamento do “sujeito trabalhador” frente às demandas que lhe são apresentadas (FALK,2010).

No que diz respeito ao reconhecimento do acolhimento pelo usuário, identificamos com o decorrer dos anos houve aumento de relatos de presença e diminuição dos relatos de ausência dessa categoria. O que parece indicar que apesar de nem todos elementos não serem relatados, isso não implica no reconhecimento do usuário do acolhimento.

Os primeiros anos da PNH foram destinados à formulação e consolidação da humanização como política pública, com sustentação teórico-metodológica, e à sensibilização e mobilização dos serviços de saúde, trabalhadores, gestores e usuários, fazendo conhecer a PNH por meio, entre outros, de atividades extensivas. A partir de 2006, com o investimento da PNH em processos de formação de apoiadores institucionais, estas estratégias extensivas foram articuladas de forma mais sistematizada com atividades

intensivas, como a realização de apoio a serviços e equipes de saúde (serviços hospitalares, de atenção básica, equipes gestoras, dentre outros (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Ainda no Gráfico 6 podemos observar que os relatos de ausência de infraestrutura adequada aumentaram com o decorrer dos anos, e esse relato corrobora com a ausência de relatos de presença desse critério. Humanizar, para a PNH, é ofertar atendimento de qualidade, com melhoria dos ambientes de cuidado (BRASIL, 2004). Guimarães (2013) em seu estudo já pode perceber que a infraestrutura em unidades não atende as diretrizes do Ministério da Saúde, onde pelo menos uma deficiência de ordem infraestrutural, como: falta de água, iluminação ou materiais de consumo foi relatada. Existe então, uma necessidade de melhora dos ambientes de cuidado.

Muitos usuários descreveram que se sentiram acolhidos, contudo em alguns casos apenas por alguns profissionais, principalmente o enfermeiro. Porém a PNH, busca fomentar o trabalho em equipe multiprofissional. A construção de vínculos e o compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais é uma proposta para construir a humanização. Sendo assim uma equipe multidisciplinar que possa investir no atendimento e interação entre os sujeitos dos sistemas de saúde para o acolhimento dos pacientes, é uma aposta.

A maioria dos estudos indicam que o acolhimento pode ser realizado por todos os profissionais da equipe e em todas as situações do cotidiano dos serviços, em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro (NORA, 2013). Contudo, é visualizado que falta ainda envolvimento de outros profissionais de saúde nesses processos. Ocorrendo acolhimento, ele poderia atuar como dispositivo de reorganização do processo de trabalho, apostando nas relações entre profissionais e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional (ANDRADE, FRANCO, FERREIRA, 2007) (VILLAR, 2007) (FRACOLLI, 2004).

O Acolhimento como dispositivo tecnoassistencial é disparador de reflexões e mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acessibilidade. Tais indagações, quando acolhidas e transformadas em invenção de novos modos de se produzir a assistência e a “si” como profissional de saúde objetivam: a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que tange a forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

As soluções práticas que temos visto ultimamente permeando os serviços de saúde com relação ao acolhimento tendem a concebê-lo como uma atividade fragmentada, ou seja, uma ferramenta organizacional tradicional dos serviços de saúde, entendida numa forma simplificada de “recepção”, “triagem” ou “acesso” (FALK *et al*, 2010). As políticas defendidas por muitos, inclusive pelo Ministério da Saúde, no entanto, amparam a ideia de que o acolhimento não tem nenhuma relação com fragmentação, ao contrário, está diretamente relacionado com a transversalidade, na qual o usuário/serviços e profissionais de saúde atuam de maneira interligada com o objetivo do entendimento das reais necessidades dos usuários e, portanto, disparando ações no sentido de dar a solução mais adequada em cada situação. (BRASIL, 2004)

As dificuldades iniciais na experiência com acolhimento costumavam envolver o temor diante das novas iniciativas, exacerbadas pela ênfase que o acolhimento dava a problemas já existentes, mas não percebidos, criando uma falsa noção da Unidade Básica de Saúde (UBS) como pronto-atendimento (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

Essa percepção foi corroborada quando os usuários relacionavam o acolhimento diretamente com a pontualidade dos médicos e a rapidez no atendimento da recepção, em unidades que preservavam um trabalho na forma

médico-centrada, a partir da distribuição de fichas (RAMOS, DA SILVA LIMA, 2003).

É importante que mesmo o atendimento não sendo imediato, o usuário se sentir ao menos escutado, acolhido, e ter a oportunidade de compreender a razão da resolução ou não do seu problema, é tratar o outro com respeito e se importar. Mas o que acontece muitas vezes é os usuários não serem sequer recebidos ou escutados na recepção, por não haver fichas disponíveis, isso quando pensamos em um contexto sem acolhimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar e quantificar, em periódicos nacionais, a produção de artigos sobre acolhimento na visão do usuário no decorrer dos anos de 2003 a 2016, onde nordeste se mostrou como a região brasileira com maior incidência de relatos das experiências com acolhimento.

Os estudos tiveram uma maior prevalência de natureza qualitativa e de serviços de atenção primária envolvidos. Analisando por fim a percepção dos usuários, relatados nos artigos, sobre o acolhimento foi possível observar que apesar de não estar totalmente consolidado e existir vários relatos da falta de profissionais qualificados e infraestrutura adequada, ainda assim com o decorrer dos anos os usuários tem percebido cada vez mais a presença do acolhimento na rede SUS.

Para que a teoria se aproxime cada vez mais da prática, os serviços precisam implementar um espaço físico acolhedor, realizar treinamento de profissionais de saúde a fim de qualificar os mesmos, visando a educação permanente. Dessa forma a prática do acolhimento, que deve permear todo o percurso do usuário no sistema de saúde, poderá ser realizado não só pelo profissional da enfermagem, mas psicólogos, médicos, odontólogos, farmacêuticos ou mesmo por equipes multidisciplinares, através de escuta qualificada, vínculo com o usuário e co-responsabilização. E para que isso seja possível esses profissionais devem ter acesso a esse conhecimento, seja em seus serviços, como também em suas instituições de origem, ainda como estudantes, pois não podemos aplicar, o que desconhecemos.

Nesse sentido é importante que experiências sobre o acolhimento sejam mais divulgadas no Brasil inteiro, e que a percepção do usuário que levou a essas mudanças do sistema de saúde, seja levada em consideração, pois o serviço é para ele.

7. REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde**. Revista APS, v. 10, n. 2, p. 106-115, 2007.
2. ARMELLINI, Cláudia Junqueira. **Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. Vol. 24, n. 3 (dez. 2003), p. 305-315, 2003.
3. ARRUDA, Cecilia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. **Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus**. Rev bras enferm, p. 758-766, 2012.
4. ASSIS, Cinthia Calsinski et al. **Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2014.
5. BAIÃO, Blenda de Sousa et al. **ACOLHIMENTO HUMANIZADO EM UM POSTO DE SAÚDE URBANO DO DISTRITO FEDERAL, BRASIL**. Revista de Atencao Primaria a Saude, v. 17, n. 3, 2014.
6. BARROS, Delba Machado; DE CASTILHO SÁ, Marilene. **O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, 2010.
7. BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **The humanization of healthcare: a new fad?**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

8. BERTO, R. M. V. S.; NAKANO, D. N. **Metodologia da pesquisa e a Engenharia de Produção**. In: Anais do XVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção – ENEGEPE e IV International Congress of Industrial Engineering – ICIE, Niterói – RJ, UFF / ABEPRO, outubro de 1998.
9. BRASIL, M. S. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10. _____. SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasil. Ministerio da Saude, 2001.
11. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
13. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
14. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. _____. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
15. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

16. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001
17. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília, DF, 2000b.
18. _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
19. BRÊDA, Mércia Zeviani; AUGUSTO, LG da S. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, v. 6, n. 2, p. 471-80, 2001.
20. CAMELO, Silvia H. Henriques et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 30-37, 2000.
21. CAMPOS, GWS; CARPINTERO, M. C.; BUENO, JMS. **Protocolo de acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**. 2001. 2005.
22. CARVALHO, Sergio Resende et al. **A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde**. In: Saúde em debate. Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 837-868.
23. COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. **O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 33, n. 3, p. 440, 2012.

24. COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** Ciênc. saúde coletiva, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009.
25. CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith; SOLER, Orenzio. **Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento.** Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua, v. 2, n. 3, p. 41-49, set. 2011.
26. COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. **Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 1, 2013.
27. COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.** Saúde debate, v. 39, n. 105, p. 514-24, 2015.
28. CUNHA, Penha F.; MAGAJEWSKI, Flávio. **Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS.** Saude soc., São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 71-79, May 2012
29. DA CRUZ, Sirlaine Vieira et al. **O olhar do usuário sobre o acolhimento em um serviço de reabilitação.** Acta fisiátrica, v. 17, n. 3, p. 122-125, 2016.
30. DA SILVA LIMA, Maria Alice Dias et al. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários.** Acta paul enferm, v. 20, n. 1, p. 12-7, 2007.
31. DA SILVA SCHOLZE, Alessandro et al. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto,**

empatia ou alteridade?. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.

32. DAMASCENO, Renata Fiúza et al. **O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família**. J Health Sci Inst, v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012.
33. DE AMORIM BARROS, Luciana et al. **Vivência de (des) acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 2, p. 193-200, 2015.
34. DE FARIAS BREHMER, Laura Cavalcanti; VERDI, Marta. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 7, 2010.
35. DE SÁ, Saulo Lacerda Borges et al. **USUÁRIO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECIMENTO E SATISFAÇÃO SOBRE ACOLHIMENTO**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 25, n. 2, 2012.
36. DE SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais**. Cad. saúde pública, v. 24, n. Sup 1, p. S100-S110, 2008.
37. DESLANDES, Suely Ferreira et al. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. 2004.
38. DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. **Processo comunicativo e humanização em saúde**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 641-649, 2009.
39. DOS SANTOS, Adriano Maia et al. **Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil** Conflicting

situations in the reception of oral health teams from the Family Health Program. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

40. ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana et al. **Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário**. Revista de APS, v. 12, n. 2, 2008.
41. FALK, Maria Lúcia Rodrigues et al. **Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde**. Revista de APS, v. 13, n. 1, 2010.
42. FOGLIATTO, Flavio. **Organização de Textos Científicos**, 2007.
43. FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004.
44. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)**. In: Merhy EE, et al. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.
45. FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil** “User embracement” and the working process in health: Betim’s case, Minas Gerais, Brazil. Cad. saúde pública, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.
46. GIACOMINI, Karina Paula; DE LIBERAL, Márcia Mello Costa. **O Papel da Gestão da Farmácia Hospitalar na Alta Qualificada de Acordo com as Políticas de Humanização do SUS**. International Journal of Health Management Review, v. 2, n. 2, p. 21-43, 2015.

47. GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes et al. **Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 5, p. 1114-1121, 2013.
48. GIRON, Mariana Nepomuceno; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do. **O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização**. Rev. enferm. UERJ, p. 766-771, 2013.
49. GONÇALVES, Ana Valéria Furquim; BIERHALS, Carla Cristiane Becker Kottwitz; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi. **Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso**. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 36, n. 3 (jul./set. 2015), p. 14-20, 2015.
50. GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. **Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários**/Embracement in an emergency service: users' perception/Acogimiento en un servicio de emergencia: percepciones de los usuarios. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 1, p. 31, 2013.
51. GUIMARÃES, Napoleão Braun et al. **Avaliação da infraestrutura de unidades de saúde da família**. ANAIS DO CBMFC, n. 12, p. 1454, 2013.
52. HENNINGTON, Élida Azevedo. **Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária** Shelter as an interdisciplinary practice in a university extension program. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 1, p. 256-265, 2005.
53. JORGE, Maria Salete Bessa et al. **Promoção da Saúde Mental–Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia** Promotion of Mental Health–Technologies for Care: emotional involvement, reception, co-responsibility and autonomy. 2011.

54. LIMA, Leilson Lira; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; JORGE, Maria Salete Bessa. **Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização**/Caring production for people with high blood pressure: reception, bonding and co-responsibility/Producción del cuidado a personas con hipertensión arterial: acogida, vínculo y responsabilidad compartida. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 4, p. 514, 2013.
55. LOPES, Gisele Vieira Dourado Oliveira et al. **Acolhimento: quando o usuário bate à porta**/Embracement: when the user knocks on the door/Acogida: cuando el usuario llama a la puerta. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 1, p. 104, 2014.
56. MACEDO, Carolina Alves; DAHER, Donizete Vago; TEIXEIRA, Enéas Rangel. **Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários**. Rev. enferm. UERJ, p. 457-462, 2011.
57. MACEDO, Carolina Alves; TEIXEIRA, Enéas Rangel; DAHER, Donizete Vago. **Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários**. Rev enferm UERJ, v. 19, n. 3, p. 457-62, 2011.
58. MAESTRI, Eleine et al. **Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 1, p. 75-81, 2012.
59. MALTA, D.C. et al. **Acolhimento - uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada**. In: REIS, A.T. et al. (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.121-42.
60. MARQUES, Giselda Quintana; DA SILVA LIMA, Maria Alice Dias. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde**. Revista Latino-americana de enfermagem, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

61. MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; FORTUNA, Cinira Magali. **Welcoming reception: a reflection on alterity in the relation among workers and clients in the work of the basic health network.** In: Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium. 2002.
62. MAYEMA, M. A. **A construção do acolhimento: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas.** Bombinhas: Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas, 2007.
63. MEDEIROS, Flávia A. et al. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.** Rev salud pública, v. 12, n. 3, p. 402-13, 2010.
64. MERHY EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
65. MERHY, Emerson E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** 2008.
66. MERHY, Emerson Elias et al. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público, 1998.
67. MISHIMA, Silvana Martins et al. **Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde?-Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador.** In: Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil: estudos e análises. Fiocruz, 2003. p. 137-156.
68. NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, Jose Roque. **Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática.** Revista de Saúde Pública, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.

69. NUTO, Sharmênia de Araújo Soares et al. **O acolhimento em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza-CE: um relato de experiência.** Revista de APS, v. 13, n. 4, 2010.
70. PANIZZI, M.; FRANCO, T. B. **A implantação do acolher chapecó reorganizando o processo de trabalho.** In: FRANCO, T. B. A. et al. (Org.). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 79-109.
71. PASCHE, Dário Frederico. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar.** Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 701-708. ISSN 1414-3283.
72. PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública** Five years of the National Policy of Humanization: the trajectory of a public policy. Ciênc. saúde coletiva, v. 16, p. 4541-4548, 2011.
73. PELISOLI, Cátula et al. **Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros.** Estud. psicol.(Campinas), p. 225-235, 2014.
74. PEREIRA, Ana Lucia; CASTRO, L. A. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
75. PINHEIRO, Poliana Miranda; OLIVEIRA, Lúcia Conde de. **A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família.** Interface (Botucatu), v. 15, n. 6, p. 185-98, 2011.

76. PROCHNOW, Adelina Giacomelli et al. **Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 30, n. 1, p. 11, 2009.
77. RAMOS, Donatela Dourado; DA SILVA LIMA, Maria Alice Dias. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil** Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Cad. saúde pública, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.
78. RAMOS, Tatiane Mitleton Borges; PEDRÃO, Luiz Jorge. **Acolhimento e vínculo em um serviço de assistência a portadores de transtornos alimentares.** Paidéia, v. 23, n. 54, p. 113, 2013.
79. RIBEIRO, J. L. D. **Diretrizes para elaboração do Referencial Teórico e Organização de Textos Científicos.** In: Anais do Seminário de Pesquisa II, Porto Alegre – RS, PPGEF / UFRGS, abril de 2007
80. RIBEIRO, Liliâne da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardi; RAMOS-JORGE, Maria Letícia. **Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família** Reception of children in primary health care: a study on attitudes by family health team members. Cad. saúde pública, v. 26, n. 12, p. 2316-2322, 2010.
81. Rossi, F. R., & Lima, M. L. (2005). **Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro.** Revista Brasileira de Enfermagem, 58(3), 305-310
82. SANTOS -FILHO S. B.; **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas;** Rio Grande do Sul: Unijui, 2009.

83. SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no programa saúde da família de Alagoinhas – BA.** Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 53-61, 2006.
84. SCHIMITH, Maria Denise; DA SILVA LIMA, Maria Alice Dias. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família Receptiveness and links to clients in a Family Health Program team. Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.
85. SCHOLZE, Alessandro da Silva et al. **A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família.** Espaço. Saúde (Online), p. 7-12, 2006.
86. SHIROMA, Lícia Mara Brito; DE PIRES, Denise Elvira Pires. **Classificação de risco em emergência—um desafio para as/os enfermeiras/os.** Enfermagem em foco, v. 2, n. 1, 2011.
87. SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: Cuidado: as fronteiras da integralidade. Hucitec, 2004. p. 241-257.
88. SILVA, Pollyane Liliane et al. **Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. 3, 2016.
89. SILVEIRA, P.F. O Acolher Chapecó. In: FRANCO, T.B. et al. (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004. p.70-8.
90. SOUZA, L. A. P., MENDES, V. L. F. **O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH).** Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 681-688.

91. TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas**. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.
92. TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público**. In: RESEARCH CONFERENCE: "RETHINKING" THE PUBLIC" IN PUBLIC HEALTH: NEOLIBERALISM, STRUCTURAL VIOLENCE, AND EPIDEMICS OF INEQUALITY IN LATIN AMERICA CENTER FOR IBERIAN AND LATIN AMERICAN STUDIES UNIVERSITY OF CALIFORNIA. 2004.
93. TEIXEIRA, Ricardo. **Alguns dados sobre a RHS...** Disponível em: <
<http://www.redehumanizasus.net/12807-alguns-dados-sobre-a-rhs>>
Acesso em: 02 jun. 2017.
94. TRESSE, Valfredo Penchel. **Acolhimento e vínculo na assistência prestada ao portador de diabetes em uma unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro**. 2008. Tese de Doutorado.
95. VIDAL, Carlos Eduardo Leal et al. **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta**. 2013. Disponível em <
<http://repositorio.caminhosdocuidado.org/handle/handle/163>>
Acesso em 15 abr. 2017.
96. VILLAR, Rubia Maria Tavares. **Humanização das condições de trabalho um dos pré-requisitos para a humanização da assistência**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2009.
97. WEBER, L. **PRODUZIR (NOS) ponto COM: a constituição do coletivo Rede HumanizaSUS e a produção cooperativa**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Porto Alegre, 2012, 213 f